OSPEDALE MAGGIORE DI SAN GIOVANNI BATTISTA
E DELLA CITTÀ DI TORINO
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal Prof. G. SERAFINI

Comunicazione al XXII Congresso di Ortopedia - Milano, 1931

ODASSO DOTT. ATTILIO

Esiti lontani di atti operativi per postumi di paralisi infantile

Estratto dagli *Atti del XXII° Congresso della Società Italiana di Ortopedia* - Milano, 25-26 Ottobre 1931-IX

CASA EDITRICE A. MILESI & FIGLI
MILANO - VIA CAMPO LODIGIANO, 3

OSPEDALE MAGGIORE DI SAN GIOVANNI BATTISTA
E DELLA CITTÀ DI TORINO
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal Prof. G. SERAFINI

Comunicazione al XXII Congresso di Ortopedia - Milano, ottobre 1931

ODASSO DOTT. ATTILIO - AIUTO

Esiti lontani di atti operativi per postumi di paralisi infantile

Ho creduto studio non privo di interesse rivedere buon numero dei nostri operati per postumi di paralisi flaccida agli arti inferiori, nel quinquennio 1920-1925 e perciò a distanza da 6 ad 11 anni dall'intervento.

Ho potuto per tale modo fare oggetto delle mie osservazioni 30 nostri operati su 45 per i quali i risultati erano stati ritenuti buoni a distanza da 6 a 12 mesi dall'atto operativo; di pochi altri potei avere notizie dirette o dai famigliari; tre sono deceduti a distanza di 2, 3 e 9 anni dall'atto operativo, rispettivamente per tubercolosi polmonare, per cardiopatia e per broncopolmonite.

Tale alta mortalità, a distanza di anni da interventi subiti, e perciò da essi indipendenti, fa logicamente presumere che alla poliomielite residuino non solo dei fatti paralitici, ma anche una vera debilitazione generale in molti degli organismi colpiti.

Nelle mie osservazioni, che ho cercato di corredare di documenti fotografici e radiografici, mi sono proposto di mettere in evidenza particolarmente i risultati anatomici, ortomorfici, e funzionali, mettendoli a confronto con i postumi stabilizzati della sofferta poliomielite, prima del trattamento chirurgico.

La quasi totalità dei nostri operati aveva avuto purtroppo dopo la malattia cure immediate ed ortopediche insufficienti: tutta la terapia era con-

sistita in pochi massaggi o in qualche applicazione elettrica, appena costituita la paralisi, ed anche queste cure erano state abbandonate ben presto dopo i primi insuccessi: un gambaletto spesso deforme o addirittura le grucce avevano in molti casi sostituito ogni efficace terapia attiva fisica od ortopedica.

Tre dei nostri operati avevano subito precedentemente atti operativi sui tendini in altri Istituti e dopo poco tempo la deformazione si era riprodotta.

Fedeli al principio di non intervenire cruentemente, tranne in casi eccezionali, prima degli otto anni di età, eravamo intervenuti sui 30 pazienti, 17 maschi e 13 femmine, in 19 dagli 8 ai 18 anni ed in 11 dai 18 ai 33.

Due malati dovettero essere *amputati* alla coscia: uno in primo tempo per grave forma paralitica completa dell'arto inferiore sinistro non curata, che aveva determinato una iperflessione della gamba sulla coscia con piede ciondolante, affetto da estese ulcere trofiche; il 2.º pure paralitico di tutto l'arto inferiore destro era già stato operato nel 1922 felicemente in 1.º tempo di trapianto dei tendini del sartorio, del retto interno e del bicipite sul legamento rotuleo e sotto lembo osteoperiosteo ricavato dalla rotula destra, in 2.º tempo di artrodesi tibio-astragalea e sotto-astragalea destra: il trapianto funzionava bene sostituendo il quadricipite paralitico e portando la gamba in estensione attiva quasi completa, la deambulazione era buona ed il risultato rappresentava un vero successo: dopo un anno il paziente cadde dal tram, il trapianto si lacerò, si ebbe una frattura lineare trasversale della epifisi superiore tibiale, per cui si procedette ad una atrodesi del ginocchio; per quattro anni l'operato si servì bene del suo arto senza protesi e senza noie eccessive, quando nel 1927 cadde ancora per le scale, riportò frattura complicata gravemente infetta della gamba al disotto dell'atrodesi e venne da noi amputato alla coscia per ovviare agli imponenti fenomeni settici.

Per forme paralitiche gravi del *ginocchio* si intervenne in due altri pazienti.

In uno di 21 anni, che camminava solo colle grucce, perchè affetto da piede equino varo sinistro di modico grado, e da paralisi dell'arto inferiore destro con piede ciondolante e con notevole lassità dei legamenti articolari del ginocchio, si era praticata nel 1921, a *sinistra* nel piede trapianto tendineo e tenodesi, a *destra* artrodesi del ginocchio ed artrodesi del piede. Presentemente il piede sinistro è in buona posizione, l'arto inferiore destro è accorciato di 3 cm., atrofico, ma permette al paziente di camminare senza apparecchi e di attendere tranquillamente al suo mestiere di sarto che lo obbliga a rimanere in piedi buona parte della giornata.

Nell'altro malato nel 1922 si era praticata, per paralisi del quadricipite, con flessione della gamba e ciondolamento del piede sinistro, trapianto del sartorio, del retto interno e del bicipite sul tendine rotuleo e fissazione sotto lembo osteoperiosteo ricavato dalla tibia, ed artrodesi tibio astragalea. Solo dopo quattro anni potè fare a meno di apparecchio di sostegno al ginocchio. Presentemente la estensione attiva è appena accennata e non oltrepassa i 15°, però è sparita la flessione ed il ginocchio è mantenuto bene e fisso in posizione corretta, l'anchilosi tibio-peronea-astragalica è valida, vi è accorciamento di 2 cm., ma la deambulazione si compie bene con lieve inclinazione dal lato malato, senza sostegni e senza protesi, tanto che l'operato fa marcie di 6-7 km. senza stancarsi e può andare in bicicletta per 60-70 km.

Nel piede in tre pazienti operati semplicemente di *allungamento plastico del tendine di Achille e di trapianto della metà esterna di questo sui peronei,* si ebbe buon esito immediato; ma a distanza di circa un anno, per il recidivare del varismo, una paziente dovette essere operata di tenodesi del tibiale anteriore con buona correzione tuttora persistente, un paziente di artrodesi da cui risultò una solida anchilosi tibio-astragalea, in un terzo malato la deformità si è in piccola parte riprodotta, ma l'operato cammina bene senza fare uso di scarpa ortopedica.

In 14 casi in cui per la correzione di forme lievi di piedi equino-vari (12) o valghi (2) si intervenne associando a *trapianti tendinei tenodesi*, praticate colle note tecniche di Codivilla e di Putti, ho registrato 2 risultati scadenti, 4 risultati mediocri, 8 risultati buoni, intendendo per risultati scadenti quelli in cui la deformità si è del tutto riprodotta, per mediocri quelli in cui è recidivata in parte tanto che il paziente è obbligato a fare uso di apparecchi correttivi, per buoni quelli in cui l'operato può fare a meno di presidi protesici e si ha buon ripristino della forma e in parte anche della funzione.

In 14 casi in cui si era intervenuti sullo scheletro del piede, *praticando artrodesi semplici tibio-astragalee* (6 casi), *artrodesi e tenodesi* (6 casi - 4 tibio-astragalee e 2 mediotarsee e sotto astragalee), *resezione cuneiforme* delle ossa del tarso (2), per forme paralitiche gravi di piede ciondolante o spiccate deformazioni in varismo o valgismo, ha constato 10 risultati buoni, essendo possibile la marcia spedita senza apparecchi, 4 risultati mediocri, essendosi bensì costituita una anchilosi fibrosa tibioastragalica, ma avendo l'avampiede tendenza a cadere in leggero equinismo, ed essendo i pazienti obbligati a fare uso di sostegni protesici.

In *conclusione* su 30 operati con buoni esiti immediati, a distanza di 6 a 11 anni dall'intervento subito, a parte 3 morti, per cause indipendenti dall'atto operativo si hanno, 2 amputati, 2 paralitici del ginocchio e del piede con arti capaci di sforzi anche prolungati, 23 paralitici del solo piede, con 3 risultati scadenti, 6 risultati mediocri, 14 esiti buoni.

Naturalmente non si può trarre da un numero così limitato di osservazioni delle conclusioni di indole generale, specialmente in un argomento in cui il polimorfismo delle lesioni anatomiche domina sovrano ed in cui ogni caso presenta speciali caratteri clinici e particolari e discutibili indicazioni terapeutiche.

E' certo però che non il successo immediato, ma bensì lo studio coscienzioso degli operati a distanza dall'atto operativo, particolarmente in rapporto alla ripresa della capacità lavorativa, ci può dare sicuro affidamento della bontà della tecnica o della necessità di apportare ad essa quelle modificazioni che saranno indicate dal caso specifico, e verso cui già la moderna terapia ortopedica si avvia.

Una più larga diffusione della necessità e dei benefici di una attiva profilassi preoperatoria, a cui giustamente fanno appello gli Illustri Relatori, varrà a ridurre il numero degli interventi cruenti e ad aumentare la percentuale dei buoni risultati definitivi.